

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



EXÁMENES PARA:
SALUD OCUPACIONAL
LABORATORIO CLÍNICO
LICENCIA DE CONDUCCIÓN

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1033790934-18970
INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar: 10/06/2020 - BOGOTÁ D.C.
Paciente: INGRID LIZETH ANGULO ANGULO
Género: FEMENINO Edad: 23
Fecha Nacimiento: 05/08/1996
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: TRAS 2 # 49 B 27 SUR
Escolaridad: TÉCNICO
Empresa: PARTICULAR

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1033790934
Teléfono: 0 Móvil: 3228031282
Cargo: GESTOR
EPS: CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.
ARL: SURA
AFP: PROTECCIÓN S.A.

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: ESTE EXAMEN SE REALIZA EN CONDICIONES DE REPOSO. NO SE EVIDENCIA LIMITACIÓN O RIESGO, PARA QUE EL TRABAJADOR MOVILICE CARGAS CON EL PESO ADECUADO PARA SU IMC Y SU CONDICIÓN FÍSICA. O PARA REALIZAR ACTIVIDADES QUE IMPLIQUEN POSTURAS FORZADAS SOSTENIDAS O MOVIMIENTOS REPETITIVOS PROLONGADOS. EVALUACIÓN CON ÉNFASIS EN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES. PACIENTE NIEGA SÍNTOMAS RELACIONADOS CON INFECCIÓN POR COVID 19 Y NIEGA CUALQUIER RIESGO DE NOCIÓN DE CONTAGIO RELACIONADA. AL EXAMEN FÍSICO NO PRESENTA SIGNOS CLÍNICOS DE INFECCIÓN POR COVID 19. SIN APARENTE PRESENCIA DE FACTORES DE COMORBILIDAD ASOCIADOS.

Tipo de Restricción: NO Condiciones, Factores, Agentes Asociados: Permanente

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

Información de Remisiones

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclinicos que me van a ser practicados, y que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, si autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclinicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1501 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mí están completas y son verídicas. Firmo para constancia.



Ingrid Angulo
PROFESIONALES DE LA
SALUD VILLA MAYOR SAS
NIT 900.708.180-2
Trans 307 328-36 Sur
Fons 713 88 36-667 43 06

JIM ROGER SANCHEZ BENAVIDEZ
Médico Especialista en Salud Laboral

28 04/01/2019 76782200

INGRID LIZETH ANGULO ANGULO
Firma y cédula del Paciente